

記入しないでください	決定金額							常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者
	出産手当金											
	出産手当金支給決定期間	平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	日間	標準報酬日額	
	不支給期間	平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	日間		円
	資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日	資格喪失	平成 令和	年	月	日		
算式	標準報酬日額							日数				
	円 × $\frac{2}{3}$ ×							日 =	円			

出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 999	番号 1111	被保険者の 氏名	小田急 花子	生 年	昭和 56年 2平成	健保担当 課長	
	被保険者の 現住所	〒000-0000 神奈川県相模原市00009-8-5						方 電話 000 (000) 0000	印
	事業所 の名称	株式会社 00000000						出生児 の数	単胎 多胎 (児)
	この請求は分娩 前のもので か、分娩後のも のですか	前 分娩 後	分娩 予定日	平成 1年5月2日	分娩日	平成 1年5月1日	印		
	分娩のため労務 に服さなかった 期間	産前	平成 令和	31年3月21日から	平成 令和	1年5月1日まで	98日間		
		産後	平成 令和	1年5月2日から	平成 令和	1年6月26日まで	印		
うえに記入した 期間中の報酬を	受けた・ <u>受けなし</u>	平成 令和	年 月 日から	日間の分として				円	
うえのとおり請求します	受けられる・受けられない	平成 令和	年 月 日まで					円	
令和 1年 6月 28日	被保険者 氏名	小田急 花子						印	
小田急グループ健康保険組合理事長殿	職名	人事部長							
うえの決定金額の受領方を	氏名	0000						に委任します	
令和 1年 6月 28日	被保険者 氏名	小田急 花子						印	
小田急グループ健康保険組合理事長殿									

事業主が証明するところ	労務に服さな かった期間	平成 令和 令和	31年3月21日から	98日間	平成 令和	1年6月26日まで		
	うえの 支払 期間 の 分 と 係	全額支給した 場合、または 支給する場合	平成 令和 令和	年 月 日から	日間の分として	円	日額 金	円
		一部支給した 場合、または 支給する場合	平成 令和 令和	年 月 日から	日間の分として	円	日額 金	円
	現在までも、また将 来も支給しない場 合は、その旨	給与規則により支給しない						
うえのとおり相違ないことを証明します								
令和 1年 6月 30日								
所在地 東京都新宿区0008-8-8								
事業主 名称 00000 株式会社								
氏名 人事部長 0000								
印								

医師または助産師が証明するところ	分娩予定年月日	令和 1年 5月 2日	分娩年月日	令和 1年 5月 1日
	分娩後のときは	死産 (妊娠 ヶ月)	出生児の数	単胎・多胎 (児)
	生産死産の別	生産 流産 (妊娠 ヶ月)		
	うえのとおり相違ないことを証明します			
令和 1年 5月 5日				
住所 東京都新宿区0009-9-9				
職名 (医師) 名称 00000 総合病院				
氏名				
電話 000 (000) 0000				
印				

記入上の注意

1. 印ははっきり押し、捺印もれのないようにしてください。
2. 訂正したときは、それぞれの記入者は氏名の末尾に押した印を訂正印として押してください。